

5 Formulaire d'inscription

Titre de la formation en INTER :

Date(s) de session(s) souhaitée(s) :

Participant

Nom d'usage : Prénom :

Date de naissance : Téléphone :

E-mail de contact :

Profession : N°RPPS ou ADELI :

Mode d'exercice : Hospitalier Libéral Autre :

Etablissement d'exercice :

Service et/ou adresse d'exercice :

Il est demandé aux personnes en situation de handicap d'en informer la CoPéGE lors de l'inscription afin que les mesures d'accompagnement soient prévues.

Un rendez-vous peut vous être proposé.

Besoins particuliers :

Mode de financement

Employeur Individuel (autofinancement) Autre (préciser) :

Information financeur, le cas échéant

Responsable de l'établissement (signataire de la convention) :

Téléphone : E-mail de contact :

Date :

Signature

Important : Votre inscription ne sera définitive qu'à réception d'une convocation envoyée par la CoPéGE, sous réserve des places disponibles.

Toute demande incomplète ne sera pas prise en compte

Contact

La personne en charge des relations, inscriptions et de l'organisation en local est indiquée sur chaque fiche de formation

Ou

Emilie ROSE, coordinatrice CoPéGE

e.rose@chru-nancy.fr

CoPéGE

10 rue du Docteur Heydenreich 54042 NANCY Cedex

N° SIRET 844 364 505 00017

Numéro de déclaration d'activité : 44540412954 auprès du préfet de région Grand Est